

## LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Fernando Santander Cartagena. Médico psiquiatra\*  
Margarita Hernanz Manrique. Médica psiquiatra\*

**En los últimos años la preocupación por las cuestiones éticas está tomando un relieve inusitado en todos los ámbitos de la vida social. Se podría decir que hay un resurgir por la moralidad de los actos humanos pero esta vez sin el tinte religioso que casi siempre tuvo, sino con un carácter laico y democrático.**

**E**n el campo de la biología y las ciencias de la salud esta inquietud ha ido conformando el nacimiento y desarrollo de una nueva vertiente de la ética aplicada: la bioética.

Es habitual señalar los siguientes factores desencadenantes del desarrollo de la bioética: el complejo desarrollo tecnológico y sus múltiples e insospechados retos, la generalización y socialización de la asistencia sanitaria y los cambios de la relación clínica entre profesionales y pacientes, derivados en buena medida del cambio de la conciencia moral social hacia un mayor respeto a la autonomía de decisión de la persona sobre sí mismo y su cuerpo.

La medicina y las otras ciencias de la salud se han visto obligadas a introducir junto a las habilidades en el manejo de los hechos la consideración de los valores -individuales y sociales- que entran en juego en toda relación clínica. Esto es lo que hace que la reflexión bioética (la ponderación de valores y hechos) haya supuesto una pequeña revolución en las prácticas asistenciales, imponiendo así la necesidad de debates racionales y deliberativos cuando ya no hay posibilidad -ni necesidad, obviamente- de mantener dogmas absolutos, tal como lo fue el del criterio paternalista del médico por encima- y a veces en contra- de los deseos del paciente.

Como ya se ha difundido en diferentes publi-

caciones, la bioética (o ética aplicada a las ciencias de la vida) y la ética asistencial (su correlato en el ámbito clínico) superando el normativismo deontologista tradicional, hacen uso de diversos sistemas o metodologías de estudio y análisis. Entre ellos ha ido ganando mayor relevancia la metodología basada en la referencia a unos principios básicos (No Maleficencia, Justicia, Beneficencia, Autonomía), junto a la consideración de las consecuencias previsibles de los actos clínicos; todo ello tras una consideración previa "sine qua non": la de que todo ser humano es persona y en tanto tal digna e igual a otras y merecedora por ello de un trato respetuoso y considerado.

La psiquiatría, como el resto de las ramas científico-sanitarias teórico-prácticas, está abocada a irse adaptando a estos cambios. Pero repasando su historia podríamos decir que en cierto modo ha sido una avanzada en la consideración de muchos de los aspectos que ahora se descubren como novedosos. Así, por ejemplo, en un apresurado repaso, podemos nombrar algunos: la constante preocupación por la búsqueda de un trato digno para los enfermos mentales, tradicionalmente marginados en lo social y lo asistencial; la crítica de las concepciones organomorfas-biologicistas y la introducción de una perspectiva holística del ser humano; la importancia que siempre

ha dado a la compleja relación profesional-paciente y sus particulares características (transferencia, contratransferencia, Ö); el descubrimiento del valor terapéutico de la palabra; la valoración de la capacidad de la persona para regir autónomamente sus propios actos y decisiones; la preocupación por sistemas asistenciales integrados y comunitarios, etc.

Pero aún así, la praxis en el campo de la salud mental no está libre de conflictos y retos de los que se puede hacer una lectura ética:

El primer problema es la definición poco clara de su campo de trabajo, empezando por la propia indefinición de lo que es trastorno o enfermedad mental. Aunque se ha intentado expresar por medio de clasificaciones como la CIE-10 o la DSM-IV, estas definiciones tipológicas no dejan de tener un carácter descriptivo, pragmático y provisional, en tanto están basadas en criterios de consenso. Además, en cuanto nos alejamos de las patologías más graves (psicosis,...) sobre las que parece haber mayor acuerdo, los límites son más imprecisos y sujetos a modos diferentes de entender la patología mental (paradigmas, teorías, escuelas).

Esta misma dispersión conceptual se ve reflejada en la multiplicidad de enfoques terapéuticos, tanto en el ámbito de las psicoterapias como en el de las terapias de base biológica o en las de rehabilitación, que provoca en definitiva una dificultad en el establecimiento de lo que serían "buenas prácticas clínicas", base imprescindible de todo planteamiento ético de práctica no-maleficente.

Muchos de los tratamientos en psiquiatría y psicología, aunque hayan mostrado de modo empírico su mayor o menor eficacia, tienen aún sin resolver la demostración científica de sus indicaciones, contraindicaciones y eficacia.

Otro reto para la psiquiatría es el referido a la evaluación de la capacidad o competencia para decidir. Este aspecto siempre ha sido conflictivo por la alta responsabilidad que se adquiere con las apreciaciones clínicas pues si

se considera incapaz por motivos de enfermedad a una persona, de ello pueden derivarse actuaciones que van a limitar en mayor o menor modo el libre ejercicio de su libertad. Pero si -en el polo opuesto- a un sujeto severamente enfermo e incapaz no se le ayuda en ocasiones en contra de su aparente libre decisión, se le puede estar privando de una mejora que permita recobrar su verdadera capacidad libre de decisión.

Por otro lado, en el contexto de una mayor sensibilidad hacia el respeto a la autonomía de las personas, desde otras instancias sanitarias se va solicitando a los profesionales de lo "psi" la colaboración en la evaluación de la posible incapacidad de algunos pacientes quirúrgicos o médicos. Es cierto que la formación teórica de psicólogos y psiquiatras hasta ahora no ha contemplado apenas estos aspectos y que no es una función que sólo ellos deban ejercer, pero parece ineludible que los profesionales de salud mental vayan formándose en este campo, vayan desarrollando instrumentos útiles de valoración y vayan compartiéndolos con el resto de profesionales sanitarios.

Finalmente habría que hablar de los conflictos éticos que surgen en torno a la política asistencial psiquiátrica. Sin duda se trata de seguir en la brecha de la lucha iniciada ya hace décadas por la extensión de los cuidados de salud mental a la comunidad y pro la dignificación en el trato del enfermo mental: Pero la paradoja actual es que a medida que han ido creciendo los recursos asistenciales, éstos se ven casi colapsados por la irrupción de casos de patología menor cuando no de mero malestar a la par que los recursos de rehabilitación para la atención a enfermos más graves sigue siendo escasa o deficiente. Un mínimo criterio de justicia distributiva nos debería obligar a repensar las prioridades a la hora de la creación y dotación de recursos. Otro tema, no menos importante, es el de valorar hasta qué punto los profesionales debemos colaborar en esa "psiquiatrización del malestar de la vida cotidiana" que tal vez sea una mera expresión

del creciente hábito consumista de nuestra sociedad.

Quedan por nombrar otros asuntos importantes, no específicos de la asistencia psiquiátrica, pues se dan también en otros ámbitos de la asistencia sanitaria, pero que adquieren una particular relevancia en nuestro campo profesional por la especial vulnerabilidad de los pacientes que atendemos y la especial "sensibilidad" de la información que manejamos. Nos referimos a aspectos como la confidencialidad, el proceso de información y consentimiento, el respeto a la intimidad o las decisiones de sustitución cuando un paciente es incompetente para decidir por sí. Sobre estos temas se ha estudiado y escrito ya mucho desde puntos de vista genéricos, pero en nuestro ámbito concreto aún queda bastante por avanzar.

### LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA)

Tal como acabamos de esbozar, los problemas éticos que se plantean en la práctica asistencial son muchos y variados. Afrontarlos desde una visión bioética supone, por una parte dejar de lado su mera lectura legalista -que trasluce casi siempre una actitud defensiva- y por otra el hacerlo con un método y desde unas estructuras que permitan la reflexión sopesada y prudente, el debate y la deliberación racional, huyendo así de soluciones improvisadas, emotivistas o normativistas.

Uno de los modos -que no el único- de llevar esto a cabo son los Comités de Ética Asistencial. Éstos son instancias de diálogo y decisión bioética que se conforman como un grupo de personas que asumen la responsabilidad de intentar aclarar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la práctica clínica. Todo ello con un objetivo genérico de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y promover el desarrollo de los derechos humanos en el ámbito de la atención a la salud. Los CEA surgen de la necesidad experimentada por los profesio-

nales de compartir decisiones que afecten a los pacientes y que comportan la contingencia de la incertidumbre tanto en los resultados de determinadas intervenciones diagnósticas o de tratamiento como en la valoración de los riesgos y beneficios.

Las funciones de los CEA han quedado definidas en la mayor parte de los lugares del mundo donde funcionan en tres áreas principales:

- Asesoramiento sobre conflictos concretos que se produzcan en las relaciones clínicas (por ejemplo en la ponderación de las decisiones a tomar en un caso clínico) y siempre a solicitud de las personas implicadas en dicha toma de decisiones. Esta función asesora nunca será resolutoria, quedando a criterio de la persona o grupo asesorado la puesta en práctica o no de las recomendaciones del CEA.

- Formación en bioética: Promoviendo la divulgación, la formación y la reflexión del personal sanitario en cuestiones relacionadas con la ética asistencial.

- Elaboración de documentos de análisis y/o consejo en casos generales. Es decir, sobre aquellas cuestiones de conflictos de valores que se generan recurrentemente en el medio asistencial (por ejemplo el uso de medidas de contención mecánica).

Quedan excluidas de sus funciones:

- La intervención jurídica explícita, tanto en el amparo de profesionales como en la participación en denuncias sobre negligencia profesional.

- Los juicios de valor sobre la competencia profesional del personal sanitario.

- La toma de decisiones sobre los problemas sobre los que son consultados, pues su fun-

ción es solamente asesora.

- El análisis de problemas socioeconómicos, de personal, recursos o justicia social que surjan en su medio.

El contexto en el que trabajan los estos comités es el medio asistencial. En nuestro país desde principios de los noventa se ha producido un movimiento de formación y desarrollo de la ética asistencial en el medio sanitario, de este modo muchos profesionales se han ido formando y después han ido promoviendo grupos de trabajo sobre aspectos éticos de la atención sanitaria en hospitales, centros de salud y centros de salud mental. De estos grupos nacieron las "comisiones promotoras" como paso previo para la formación de los CEA.

Su método de trabajo es el que el propio comité asuma y conozca y los requisitos que se exige a todo comité que se mueva en un ámbito civil o no confesional son: (1) que su método responda a criterios de razonabilidad, crítica, autonomía, pluralidad y diálogo, y (2) que los temas sean tratados desde la multidisciplinariedad y la representatividad de todas las personas afectadas por la toma de decisiones (de ahí la importancia de establecer correcta y equilibradamente su composición). La única autoridad de un comité será la "autoridad moral" que le otorgue el reconocimiento de un trabajo bien hecho. En definitiva, no se trata de suplantar las decisiones de los profesionales en su labor cotidiana, (pues como dijo Mark Siegler: "los buenos médicos siempre han sabido integrar los juicios técnicos, las reflexiones éticas y los deseos de los pacientes, para llegar a tomar decisiones en situaciones difíciles"), sino de intentar ayudar en ese, en ocasiones, demasiado complejo proceso de toma decisiones.

La composición de los CEA, de hecho, ha de ser interdisciplinar, buscando la participación equilibrada de las diversas profesiones sanitarias y una cualificada representación de la sociedad.

Por otra parte, no se debe confundir los CEA con los Comités Éticos de Investigación Clínica. Estos últimos son acreditados por el Ministerio de Sanidad para la revisión de protocolos de investigación y ensayos farmacológicos y su objetivo es controlar la calidad científica de las investigaciones, así como proteger a las personas que participan en las mismas, asegurando sus derechos.

También los CEA se diferencian de las comisiones deontológicas de los colegios profesionales. Esta diferencia estriba en que estas últimas son uniprofesionales, el análisis de los problemas se centra en el contraste entre los hechos estudiados y la normativa colegial y su código deontológico y además tienen carácter ejecutivo a través de las juntas directivas de cada colegio, imponiendo sus resoluciones y pudiendo sancionar en caso de transgresión de las normas. Por el contrario, los CEA son multiprofesionales y tienen exclusivamente carácter asesor, como ya hemos señalado.

Podemos concluir comentando que el fin de la acción de un CEA es el de mejorar el proceso asistencial mediante recomendaciones a las que sólo se puede llegar tras un riguroso análisis ético de las situaciones. Los elementos clave de este análisis son: el partir de una posición de buena voluntad, el poseer una formación bioética suficiente, el aplicar una metodología de análisis adecuada y el ceñirse a reglas de discusión y deliberación razonadas, para finalmente descubrir la esencia común contenida en el consenso, que suele definir el marco ético aceptable para todos los implicados.

El ejemplo más cercano que podemos aportar en el campo de la asistencia psiquiátrica es el de los dos CEA de Salud Mental que hasta ahora se han desarrollado en la Comunidad Autónoma del País Vasco: el CEA de los Servicios de Salud Mental de Álava y el CEA del Hospital Psiquiátrico Aita Menni de Mondragón, ambos acreditados, según la legislación vigente (1995), por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Para un conocimiento más detallado de

su estructura y funcionamiento pueden consultarse sus reglamentos de régimen interno en el anexo de la página 248 del libro 'Ética y praxis psiquiátrica' (F.Santander, coordinador) o solicitarlo a los autores.



\* Psiquiatras. Miembros del Comité de Ética Asistencial de los Servicios de Salud Mental de Álava. Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Correspondencia: Fernando Santander, Margarita Hernanz. Hospital Psiquiátrico de Álava. C/ Álava 43. Vitoria-Gasteiz 01006.

#### Bibliografía.

- Abel F. Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor Hospitalaria* (LH) 1993, n.º 229: 136-149. (Este número 229 es un Monográfico sobre Comités de Ética.
- Beauchamp TL, Childress JF Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999
- Bloch S, Chodoff P. Psychiatric Ethics. 3th ed. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999.
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Decreto 143/1995 de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial (BOPV 2 de marzo de 1995).
- Dyer AR. Ethics and Psychiatry: Toward professional definition. Washington: *American Psychiatric Press*. Inc., 1988.
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.
- Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
- Osakidetza/Servicio Vasco de Salud y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Memoria-manual 1992-96 de los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1997.
- Rosebaum M. *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.
- Santander F. (coord) *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.